الفصل الخامس عشر

فحـــص الفصـــــــام

Schizophrenia : Investigation

David R. Hemsley ديڤيد ر. هيمسلى

الفصل الخامس عشر

فحص الفصام

ديفيد ر. هيمسلى David R. Hemsley

مقدمة تاريخية حول مفهوم الفصام (1) :

قام كريبلن (١٨٩٦) Kraeplin بالخطوة الرئيسية ، نحو تمييز مايشار إليه الآن باعتباره فصاماً عن بقية الحالات الذهانية الأخرى . وقد جمع معاً مصطلحات البارانويا (٢) والكتاتونيا (٣) والهيبفرنيا (٤) تحت المصطلح العام «الخبل المبكر» (٥) . والخصائص الأساسية لهذه المجموعة كما يدل عليها الاسم عبارة عن بداية مبكرة (٦) وتدهور عقلى متتابع . وتتضمن الأعراض التى ذكرها كريبلن : الهلاوس (٧) (فى حاسة السمع على وجه الخصوص) ، والهذاءات (٨) ، وإذاعة الأفكار (٩) والتأثيرات ، وضعف التقييم ، واضطراب التعبيرات الانفعالية ، والإغراب (١٠) ، والسلوك النمطي (١١) والسلبية (١٢). وبالتالى ، فعند تعريف هذا الاضطراب يتعين الرجوع إلى كل من مسار المرض وأعراضه ، على الرغم من أن الأول هو مايتم دائماً التاكيد عليه .

على النقيض من ذلك ، رفض بلويلر (١٩١١/١٩٥٠) Bleuler وجهة نظر كريبلن المتعلقة بالتدهور الحتمى المتتالى ، وفضل أن يطلق على الخبل المبكر مصطلح «الفصام» ، وهو تعبير يعكس وجهة نظره التى تتضمن أن هناك فقداناً فى التناغم بين مجموعات الوظائف العقلية المختلفة . وبالنظر إلى التباين الواسع للاضطرابات المشاهدة فى الفصام فقد سعى لفهم أعراضه بمفاهيم مكوناته الأساسية . ولذلك كتب قائلاً : «إن الأعراض الأساسية تتضمن خلطاً فى الترابط والوجدان ، وميل الشخص للانفصال عن الواقع » (Bleuler, 1950:14) ويشار إلى ذلك دائماً فى النقاط الأربعة الآتية :الترابط (١٣)، والوجدان(١٤)

---

(1) Schizophrenia .
(2) Paranoia .
(3) Catatonia .
(4) Hebephrenia .
(5) Dementia Praecox.
(6) Praecox .
(7) Hallucinations .
(8) Delusions .
(9) Thought-broadcasting .
(10) Bizarre .
(11) Stereotyped behaviour .
(12) Negativism .
(13) Association .
(14) Affect .

والتوحد [١] والتناقض الوجدانى [٢] . وعلى النقيض من ذلك فإن أعراضاً مثل الهلاوس والهذاءات تم النظر إليها باعتبارها أعراضاً جانبية أو ثانوية ؛ ذلك أن وجودها يتباين من فرد لآخر . وقد قدم بلويلر تمييزاً آخر بين الأعراض الأولية والثانوية ، فالأولى هى تلك الأعراض التى تنشأ مباشرة من مرض عضوى، افترض أنه مسئول عن حدوث الفصام ، من ذلك أن تمزق خيوط الترابط التى لاتقتصر على الكلمات فحسب ، بل وبين الأفكار أُعتبر عرضاً أولياً . وعلى النقيض من ذلك فإن الأعراض الثانوية تعكس العمليات الذهانية المعتادة والتى تسعى لمحاولة التوافق مع الإضطراب الأولى . وقد نظر الكثير من البحوث النفسية (مثال ذلك Hemsley, 1977) إلى الجوانب المختلفة لأعراض الفصام ، باعتبارها ناتجة عن التفاعل بين الشخص الذى يعانى عجزاً معرفياً وبين بيئته ، وسيتم تناول هذا الأمر فى القسم التالى .

العمليات التشخيصية

من الأمور الواضحة إمكان استخدام الأنواع المختلفة من المعلومات للوصول إلى التشخيص ، والفئات الرئيسية للمعلومات ، هى : السلوك الراهن ، تاريخ المرض ومساره [٣] وأسبابه [٤] . إلا أن هناك قدراً أقل من الاستخدام لهذه الأخيرة فى مجال العلاج النفسى . وعلى الرغم من أنه يخرج عن نطاق اهتمام الفصل الحالى ، إلا أنه قد يكون من المناسب أن يوضح المؤلف أفكاره الشخصية حول أسباب الفصام ، وهو يدعم ، بصفة عامة ، نموذج زوبن وسبرنج (١٩٧٧) Zubin and Spring حول الاستهداف للضغوط فى هذا الاضطراب ، وينشأ الاستهداف من عوامل جينية موروثة وإمكانات مكتسبة .

وقد استخدمت مجموعة كبيرة من النظم التشخيصية ، طور بعضها بصورة نقية كأدوات بحثية ، بينما صمم البعض الآخر للاستخدام الأكلينيكى ، وقد قدم لاندمارك (١٩٨٢) Landmark تلخيصاً لها .

واقتفاءً لوجهة نظر بلويلر ، فإن بعض هذه النظم أبرز الأعراض الخاصة بالفصام ، وليس مسار الاضطراب . مثال ذلك «مقياس محكات التشخيص البحثية»[٥] لسبتزر وانديكوت (١٩٧٨) Spitzer and Endicott وفيه تعرف المصطلحات التشخيصية جيداً ، وتُقدم معلومات دقيقة ، تشير إلى المطلوب لتشخيص الفصام . ويلاحظ أن ثبات تشخيص الفصام كان موضوعاً لنقد جوهرى . وتستخلص مراجعة للدراسات (Spitzer and Fleiss, 1974) ،أنه على الرغم من إمكان تشخيص الفصام بقدر من الثبات ، إلا أن هناك إمكانية للتحسين . وقد تحققت هذه الإمكانية باستخدام المقابلات النظامية محددة البنية لتغطية كل جوانب الوضع العقلى الراهن للمريض . ومن أفضل الأدوات المعروفة «اختبار الحالة الراهنة» [٦] .

وتفترض المحاولات السابقة بداية أن التصنيفات الناتجة تقبل الاستخدام على المستوى النظرى أو العملى . وسيقتفى المؤلف الحالى رؤية نيل واوليتمانز (١٩٨٠) Neale and Oltmanns فى النظر إلى الفصام على أنه بنية علمية مرنة تقبل التعريف جزئياً من خلال سلسلة من عمليات القياس ، ويتضمن تعريف هذه البنية خصائص العلاقات القانونية التى تتضمنها . وبالتالى فإن أهمية الأعراض النوعية

---

(1) Autism .
(2) Ambivalence .
(3) Course .
(4) Etiology .
(5) Research Diagnostic Criteria (RDC) .
(6) Present State Examination. (PSE).

تعتمد على علاقاتها بعوامل أخرى ، ويمكن النظر إليها باعتبارها نتجت عن طريق توسط مجال من العمليات البيولوجية والفسيولوجية .

وعلى الرغم من ذلك ، فإن كثيرين يمكن أن يجادلوا الآن حول ما إذا كان من المفضل قياس متعلقات وخصائص جوانب منفصلة من السلوك والخبرة الذهانية (انظر: Bentall, 1992) ، بدلاً من الإهتمام بزملة الفصام ، وعلى الرغم مما يتضمنه هذا المنحى من مزايا عديدة ، إلا أنه لايمكن إفتراض أن مجموعة من أشكال عدم السواء ، يمكن أن تكون لها الدلالات المكافئة نفسها ، دون اعتبار لوجود أو غياب اضطرابات مصاحبة ؛ بمعنى آخر إننا يجب أن نفسح مكاناً للأهمية الممكنة لأنماط الاختلالات النفسية .

ويبدو هذان المنحيان البحثيان متكاملين فى الوقت الراهن . ويتصل بما سبق السؤال حول ما إذا كانت الظواهر غير السوية فى الفصام مستمرة ، أم متقطعة تتخللها فترات من السواء . ومن الواضح أن لذلك دلالات مهمة فى عمليات التقييم .

وقد صممت المقاييس بهدف واضح هو قياس الاستعداد للأعراض الذهانية ، وبالتالى فقد طورت الاستخبارات لقياس المستوى غير الأكلينيكى للخبرة غير السوية (Perceptual Aberration Scale; Chapman et al., 1978) والمعتقدات (Magical ideation Scale; Eckblad and chapman, 1983) كما صمم تشابمان (١٩٨٠) مقاييس تقدير للاستخدام ، خلال مقابلة الذهانيين وأصحاب الخبرات المتصلة المشابهة للذهان ، ونوع أو نمط الخبرات فى النهاية العليا لكل متصل ، تمثل قائمة أعراض الاضطرابات الوجدانية والفصام[1] (Spitzer and Endicott, 1978) . وكان لأنماط الخبرة الأخرى على كل مقياس سياق أو مضمون مشابه ، ولكن بدرجات مختلفة أقل انحرافاً . وكانت المجالات التى غطتها هذه المقاييس ، هى : إذاعة الأفكار الذاتية ، الخبرات السلبية ، الهلاوس السمعية ، هروب الأفكار ، وبعض المعتقدات الشخصية الأخرى المتعلقة والخبرات البصرية غير السوية . وتشير دراسة تتبعية (Chapman and Chapman, 1988) استخدمت هذه المقاييس إلى أن المعتقدات المبكرة غير السوية استمرت مع الهذاءات المتأخرة لدى المفحوصين الثلاثة ، الذين طوروا مستويات ذهانية اكلينيكية فى الاتجاه المنحرف من حيث المضمون والدرجة .

ولايوحى قبول نموذج الاستهداف بالأهمية الممكنة لتحديد هؤلاء الذين لديهم استعداد طويل للظواهر الذهانية فحسب ، بل وأيضاً أولئك الذين لديهم حالات راهنة ، يمكن أن تنبه الاخصائى الأكلينيكى لاحتمال الانتكاس . وسنتناول ذلك فيما بعد . كما أنه يلقى الضوء أيضاً على الحاجة إلى تقييم تلك الجوانب من البيئة ، التى يمكن أن تزيد من الاضطرابات المماثلة ، أى الضغوط .

أسباب الحاجة إلى التقدير النفسى فى الفصام

تشخيص أم وصف ؟

حتى إذا قبل المرء إمكانية استخدام المنحى التشخيصى ، فإن قصور الكثير من إجراءات التقدير المعرفية المبكرة للأغراض التشخيصية كان واضحاً منذ زمن بعيد (انظر: Hemsley, 1976). وبدلاً من ذلك ، يكون من الأفضل تطوير مقاييس مباشرة وثابتة لتلك الأنماط من عدم السواء ،التى أعتبرت مهمة . ويمكن لمثل هذه القياسات أن توضح البنية النفسية لعرض معين ، وبالتالى فقد أكد جارتى وهمسلى

(1) Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS).

Garety and Hemsley (1987) أهمية الطبيعة متعددة الأبعاد للمعتقدات الهذائية ، ومن غير الممكن افتراض أن التغير فى أحد هذه الأبعاد سيكون مصحوباً بتغير فى البقية (Brett-Jones et al., 1987) .

مراقبة التغير فى الأداء

سبب آخر لأهمية التقييم النفسى للمرضى الفصاميين ، هو ضرورة مراقبة التغيرات فى الأداء سواء تلك التى تحدث تلقائياً أو نتيجة لأجراءات التدخل النفسية أو الدوائية . وتشير تقديرات السلوك الأكلينيكى العريض إلى الناتج النهائى للمحددات المعقدة . وقد تسمح المقاييس الأكثر تحدداً بتحليل للعمليات المسئولة عن التغير . مثال ذلك أن دبيو وزملاءه Depute et al. (1975) استخدموا مقاييس عقلية ومقاييس تداعى ، وأخرى نفسية فسيولوجية لملاحظة المعدلات الفارقة للشفاء ، لدى فصاميين نشطاء وفصاميين انسحابيين . كما استخدم روزن وزملاؤه Rosen et al. (1980) الملاحظة لعينة زمنية لسلوك مرضى محدد إجرائياً للمرضى ، أثناء وجودهم فى جناح المستشفى ؛ للكشف عن التغيرات التى تظهر تالية على العلاج . وإذا وضعنا فى الاعتبار الآثار الإجمالية للتدخل ، يصبح من المهم للغاية تمييز عدد من النُظم المنفصلة الناتجة وبالتالى فالأعراض ، والأداء الإجتماعى ، والعمل ، والإيداع فى المستشفى يمكن أن تبين أنماط مختلفة تماماً من التغير على المدى الزمنى . وقد صمم ستراوس وكاربنتر Strauss and Carpenter (1972) مقياساً بسيطاً لقياس هذه الجوانب الأربعة الرئيسية يقوم على ثبات مرتفع فيما بين المقدرين.

التحليل الوظيفى (1)

يمكن أيضاً القيام بتقييم لمحاولة تبين المحددات والعوامل المستمرة لجوانب الاضطراب الفصامى ؛ أى القيام بتحليل وظيفى . ولهذا كان سلاد Slade (1982) يطلب من المريض إكمال قائمة لهلاوسه السمعية ثلاثة مرات يومياً ، كما قام بالإضافة لذلك بتقدير للحالة المزاجية . وقد لاحظ المتغيرات البيئية ، وحيث ارتبطت الهلاوس بحالات الاستثارة الشديدة والمواقف المزدحمة شديدة الضوضاء ، وعدم انخراط المريض فى مناقشة . وقد أدى ذلك إلى برنامج علاجى تالٍ (انظر الفصل ١٦) . كما استطاع مارجو وزملاؤه Margo et al. (1981) أيضاً توضيح التنوع فى تقارير الهلاوس نتيجة التلاعب فى مدخلات سمعية كما قام بريت جونز Brett-Jones وزملاؤه فى فترة أحدث بتقييم إستجابات مفحوصين هذائيين لتناقضات فرضية ، واستخلصوا أن المفحوصين الذين رفضوا تماماً معتقداتهم الهذائية تعاملوا مع التناقضات الفرضية بطريقة أكثر عقلانية من أولئك ، الذين لم يرفضوا معتقداتهم (Brett-Jones et al., 1987:261) .

تقدير النُذر المرضية المبكرة (2)

يتزايد الاعتراف أن الانتكاس الذهانى يأتى عادة بعد فترة تصبح خلالها مجموعة متنوعة من أنماط عدم السواء النفسية واضحة . ومن هنا استخلص سبوتنك ونوشترلين Subotnik and Nuechterlein أنه «حتى الزيادة الضئيلة فى مضمون الأفكار الشاذة ، والخبرة الإدراكية غير المعتادة ، والاكتئاب ، والانشغالات البدنية ، والشعور بالذنب الذى يزيد عن المستوى المعتاد لمريض معين ، يمكن أن ينذر بنكسه خلال فترة ، تمتد من ستة إلى ثمانية أسابيع قبل حدوثها » : (Subotnik and Neuchterlein, 1988 : 405) .

(1) Functional Analysis.

(2) Prodromal Symptomology.

والتقييم المعتاد لمثل هذا الاضطراب ، خلال فترات الضغوط على وجه الخصوص ، أو عند خفض الجرعات الدوائية يمكن أن يسمح بالتدخل الدوائى والنفسى لتجنب الانتكاس الذهانى . مثال ذلك أن هيرز وزملاءه (Herz et al. (1982 قاموا بقياسات أثناء ايقاف علاج مجموعة من المرضى الفصاميين ، وقد أظهر ثمانية مرضى من بين تسعة عشر مريضاً زيادات فى الأعراض ذات طابع غير ذهانى ، تشبه اضطرابات حالة النوم ، والتهيج ، والغضب والانسحاب الاجتماعى ، وضعف العلاقات الاجتماعية .

تقييم الأعراض الفصامية

يمكن التوصل إلى تقييم تفصيلى للأعراض بواسطة أخصائى مدرب على المقابلة يستخدم «اختبار الحالة الراهنة» [١] (PSE : Wing et al., 1974) ويتضمن دليل الاختبار أكثر من ٥٠٠ سؤال ، صمموا لاستخلاص معلومات تسمح للقائم بالمقابلة بتقدير ١٠٧ من الأعراض على أساس التقدير الذاتى للمريض . وقد غطيت الهلاوس والهذاءات بتفصيل كبير . والأسئلة التى يوصى بها ، مثل : «هل حدث أن سمعت ترديداً أو صدى لأفكارك الشخصية ؟ » يمكن تتبع إجابتها بهدف تحديد طبيعة ودرجة كل عرض . ويتم تقدير هذه الأعراض على مقياس من صفر (حيث لاوجود للعرض) إلى ٢ (حيث يوجد العرض بصورة حادة) . ويسمح اختبار الحالة الراهنة أيضاً بتقدير سلوك المريض ، وحالته الوجدانية ، وحديثه . وتتوفر به تعريفات شاملة للأعراض . ومشكلات اختبار الحالة الراهنة تتمثل فى الحاجة لتدريب نوعى عليه ، بالإضافة إلى حقيقة إنه مُعَنى فقط بالحالة الراهنة للمريض ، وذلك على النقيض من «قائمة أعراض الاضطرابات الوجدانية والفصام» [٢] (Spitzer and Endicott, 1978) ، وهو مقابلة أخرى شاملة ومحددة البنية ، توفر من خلال مقدرين مدربين معلومات ، تتسم بالثبات حول كل من الوضع العقلى الحالى والسابق.

وتصمم مثل هذه المقابلات أولياً لإبراز وجود أو غياب فئات الأعراض ، ولتحديد التشخيص ، وهى توفر معلومات محدودة نسبياً حول شدة أو تكرار أنماط معينة من عدم السواء . وعلى النقيض من ذلك فإن المقاييس العامة لتقديرات الأعراض ، مثل «مقياس التقدير السيكاترى المختصر» [٣] (Overall and Gorham, 1962) ومقياس مانشستر [٤] (Krawiecka at al., 1977) مصممة بشكل أفضل لقياس التغير.

وهناك تمايز متكرر بين الأعراض الإيجابية للفصام مثل الهذاءات والهلاوس ، واضطراب التفكير ، وبين الاعراض السلبية ، مثل: التسطح الوجدانى [٥] والتخلف ، وعدم المبالاة ، والانسحاب الاجتماعى ، والإقلال فى الحديث . وغالباً مايُظهر المرضى الفصاميون كل من الأعراض الإيجابية والسلبية (مثال ذلك : Guelfi et al., 1989) ، ومن غير الواضح ما إذا كان هذا التميز يعبر عن :

(أ) اضطرابين أساسيين مستقلين . (ب) أو شدة مختلفة للاضطراب نفسه . (جـ) أو فروق فردية فى الاستجابة للاضطراب نفسه . (د) أو مراحل مختلفة للاضطراب نفسه ، أو أنه مزيج من ب ، جـ ، د . وأحد التعقيدات الأخرى هى وجود بعد آخر مقترح ، يختص بالخلط المعرفى (انظر Liddle, 1987) مطلوب لتفسير بنية الأعراض الفصامية .

(1) Present State Examination (PSE).
(2) SADS.
(3) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).
(4) The Manchester Scale.
(5) Flatness of Affect.

وعلى الرغم من هذه الصعوبات ، فإن المقاييس الخاصة بالتقدير المنفصل للأعراض الإيجابية والسلبية يمكن أن تكون مفيدة ، وأفضل المعروف منها هو ماطوره أندرسين (Andreasen (1982, 1984 ، «مقياس تقدير الأعراض الموجبة» (١) «ومقياس تقدير الأعراض السلبية » (٢) . وعلى سبيل المثال فإن المقياس الأخير يوفر وصفاً إكلينيكياً تفصيلياً لخمس فئات إجمالية للأعراض ، هى : فقدان القدرة على الكلام (٣) ، فقدان القدرة على السرور ـ اللاجتماعية (٤) ، اللاختيار ـ اللامبالاة (٥) ، ضعف الانتباه ، على الرغم من أن اعتبار هذه الأخيرة عرضاً سلبياً أمر مشكوك فيه . وقد تمت تجزئة هذه الفئات الخمسة إلى خمسة وعشرين مكوناً سلوكياً ، قابل للملاحظة تقدر على مقياس للشدة من ستة نقاط تم التحقق من ثباته .

يؤدى كل ماسبق إلى افتراضات محددة حول البنية الذهانية لأعراض فرد ما ، وبالتالى لايمكن إفتراض أن الأعراض الواردة فى التقارير حول تكرار ووضوح وشدة الخبرات الهلوسية ، ستكون ذات صلة وثيقة (انظر Margo et al., 1981) وقد أخذ هاسيتنج وهافنر (Husting and Hafner (1990 ذلك فى إعتبارهما ، عند وصفهما لأسلوب للتقدير الذاتى لتقييم الهلاوس السمعية ، يقوم فيه المفحوصون بالإجابة عن مقاييس بصرية مشابهة ، تتعامل مع الصخب والوضوح والكرب ، وقابلية الخبرات للتشتت ، ثلاث مرات يومياً . ولهذا الأسلوب ثبات إعادة اختبار مناسب . وبالمثل أصبح من الواضح أن أفضل صياغة للهذاءات تكون باعتبارها متعددة الأبعاد . وهناك مقياس آخر ، هو «بطارية التخيل الشخصي» (٦) (Rattenburg et al., 1984) وهى عبارة عن مقابلة شبه مقننة تستخلص منها درجات على الأبعاد الثلاثة الكبرى المفترضة للمضمون والالتزام والاقتناع . وعلى خلاف ذلك ، قام جارتى وهمسلى (١٩٨٧) Garety and Hemsley بقياس خصائص أحد عشر معتقد ذاتى باستخدام طريقة بصرية مماثلة . ويقيس «مقياس تقديرات الخصائص الهذائية » (٧) الأبعاد الآتية : الاعتقاد أو الامتناع ، الانشغالات السابقة ، والهم ، وافتقاد السعادة ، والسعى للحصول على التأكيدات ، والتدخل والمقاومة . وتعدد الأبعاد ، والسخف أو اللامعقولية (٨) والوضوح الذاتى والشمولية . ويوضح تحليل للمكونات الأساسية (٩) وجود أربعة مكونات، هى :الكرب، وقوة المعتقدات ، والتطفل ، والانشغال. وعلى الرغم من ذلك فإن البعد المهم المحتمل للإغراب (١٠) ، والذى لايمكن إغفاله لم يشمله هذا الإجراء للتقدير الذاتى ، وقد عدل جاريتى (١٩٨٥) Ga-rety وبريت جونز وزملاؤه (١٩٨٧) Brett-Jones أسلوب شابيرو (١٩٦١) Shapiro المسمى «الاستخبار الشخصي»(١١) ؛ للحصول على تقديرات للانشغالات الهذائية ، والحساسية للاقتناع بالتغيرات الصغرى فى شدة الأعراض على مدى الزمن . واستخدم شادويك ولو (١٩٩٠) Chadwick and Lowe حديثاً هذا المقياس فى دراسة للتدخل السلوكى المعرفى فى حالة المعتقدات الهذائية . وكانت أبعاد الإنشغال والإقتناع والقلق أثناء التفكير فى المعتقدات الهذائية ذات تغاير مشترك (١٢) لدى بعض المرضى ، دون البعض

(1) Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS).
(2) Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS).
(3) Alogia.
(4) Anhedonia-asociality.
(5) Avolition-apathy.
(6) Personal ideational Inventory.
(7) Characteristics of Delusions Rating Scale.
(8) Absurdity.
(9) Pricipale Componant.
(10) Bizzarreness.
(11) personal Questionnaire.
(12) Covariation.

الآخر. ويشير بريت ـ جونز وزملاؤه (المرجع السابق) إلى الإمكانية التطبيقية لتقدير ردود أفعال المرضى لتناقضات مفترضة ، والمدى الذى يدركون به الحدوث الواقعى لهذا التناقض فى معتقداتهم . وقد يكون لهاتين الطريقتين دلالات فى التدخل المعرفى السلوكى (انظر الفصل ١٦) .

وكان من الواضح منذ فترة طويلة أن أعراض القلق والإكتئاب كثيراً ماتلاحظ سابقة للنوبات الذهانية ، أو أثنائها أو تالية عليها (انظر Giris, 1991) . وقد يكون تقدير هذه الأعراض والتحكم فيها جوهريًا لتحقيق نتائج مهنية واجتماعية ناجحة . ومن الملائم فى تقييم الاكتئاب التميز بين الاضطراب المعرفى مثل الأفكار السلبية عن الذات والمستقبل والعالم وبين المؤشرات السلوكية مثل اللامبالاة ، والإنسحاب والتأخر ، وفقدان الاهتمامات . وهناك مشكلات معينة فى تقييم الاكتئاب فى حالة المرضى الفصاميين منها :

(١) أنه قد يختفى خلف أعراض إيجابية أخرى أكثر حدة . (٢) وقد يكون من الصعب التمييز بين التسطح الوجدانى والمزاج الإكتئابى . (٣) أن بعض الأعراض السلبية الأخرى مثل الإقلال من الحديث يمكن أن ينظر إليها خطئاً باعتبارها اكتئاباً . (٤) إن العقاقير المضادة للذهان يمكن أن تؤدى إلى آثار جانبية ، حركية وسلوكية قد تعتبر اكتئاباً على سبيل الخطأ . وعلى أى الأحوال فكثيراً مايكون للعقاقير المضادة للذهان تأثير اكتئابى حقيقى . وتوحى دراسات الحيوان أن ميكانيزمات المكافأة والتدعيم تتأثر بعقار الدويامين Dopamine ، مثال ذلك أن التنبيه الذاتى [1] ينخفض بواسطة المهدئات الرئيسية حتى إذا كانت مستويات النشاط الحركى تحت التحكم . وتحظى قضية استحداث المهدئات الكبرى للاكتئاب باهتمام متزايد (انظر: Emerich and Sanberg, 1991) وتستخلص دراسة للانتحار بين المرضى الفصاميين أن المعدل بلغ ١٠٪ (Miles, 1977) ، وقدم تقرير أحدث (Westermeyer et al., 1991) أرقاماً مشابهة . وبالتالى فإن تقدير احتمالات الإنتحار يعد أمراً مهماً . ويرى روى Roy (1981) أن ظهور الأعراض الاكتئابية يعد واحداً من أهم عوامل الخطر الكثيرة . وقد طور أدنجتون وزملاؤه Addington et al. (1990) مقياساً لتقديرات الاكتئاب لدى الفصاميين ، يحاول التعامل مع إحدى المشكلات التى سبق وصفها فى الفقرة السابقة . كما يشير دراك وكوتن Drake and Cotton أيضاً إلى أن الفصاميين الذين يحاولون الإنتحار ، يكشفون بصورة نموذجية عن الأعراض النفسية ، وليس العضوية للاكتئاب (Drake and Cotton, 1986 : 554) . وتؤدى المترتبات العديدة لمرض الفصام كتقطع العلاقات وتدمير الخطط المستقبلية إلى أفكار سلبية حول المستقبل مفهومه تماماً . وقياس وتعديل مثل هذه العناصر المعرفية يحتمل أن يكون ذا أهمية متزايدة .

قياس أداء المرضى السيكاتريين المقيمين لفترات طويلة

استخدمت مقاييس تقديرات السلوك فى جناح المستشفى ، للمرضى المقيمين منذ فترة طويلة لتقييم المرضى الفصاميين ، وكما لاحظ هال Hall فإن محكات اختيار البنود تتباين بشدة ، وهو يرى أن تضمين بند فى مقياس يتأثر بالآتى : (أ) ارتباطه الواضح بالإستجابة للدواء أو بغيره من أشكال العلاج . (ب) ارتباطه بالوضع القائم على المدى البعيد أو المتابعة . (حـ) التكرار الفعلى للسلوك . (د) رأى فريق العناية الأولية فى فعالية السلوك فى جناح المستشفى والبيت والمجتمع (Hall, 1977 : 288) ، كما أشير أيضاً إلى أن العوامل ذات الصلة بالسلوك العام للمرضى المزمنين ، قد لاتكون على ماهى عليه لدى المرضى الفصاميين الحادين للغاية . وقدم هال Hall (1980) فى تقرير تال مراجعة لتسعة وعشرين مقياساً من

(1) Self-Stimulation.

مقاييس تقديرات السلوك فى المستشفى ، مع الاهتمام بالتفاصيل الخاصة بجلسة وضع التقديرات ، وإجراءات التقدير ، وبنية المقياس وتقييمه . ولسوء الحظ كانت المقاييس التى أظهرت أنها مفيدة للغرض ، الذى وضعت من أجله تستخدم باستمرار لأهداف مختلفة ، وهى ممارسة تؤدى إلى إفسادها ، عندما لاتكون هناك إعادة لتقدير ثباتها وصدقها ، وغير ذلك . وقد راجع هال صحة المقاييس وفق الحد الأدنى من المحكات الآتية :

١ـ هل أُختير مضمون المقياس على أسس منطقية مسبقاً ؟

٢ـ هل حددت فترة الملاحظة ،التى تتم على أساسها التقديرات ؟

٣ـ هل هناك أية معايير ؟

٤ـ هل تم تقدير الثبات ؟

٥ـ هل تم تقدير الصدق ؟

وقد استخلص من هذه المراجعة أن أربعة مقاييس فقط هى التى استوفت المعايير الخمسة جميعها، ولم يكن من المقاييس التى راجعها واحد له دليل لاستخدام المقدرين . يضاف إلى ذلك أن استخدام مثل هذه المقاييس يتطلب ملاحظة متكررة إذ يتعين أن تتم التقديرات على مدى فترة زمنية ممتدة نتيجة للتناقض فى الثبات بين المقدرين ، الذى يمكن أن يحدث ، عندما يعتقد المقدرين أن صحة تقديراتهم أصبحت لا تُراجع .

وقد طور بيكر وهال Baker and Hall (1983) فيما بعد مقياس REHAB ، إعتماداً على ملاحظات فريق العناية خلال الأسبوع السابق . وأدى ذلك للحصول على درجة للسلوك العام تستخلص من ١٦ بنداً ، ودرجة لانحراف السلوك تستخلص من ٧ بنود . وتتضمن الدرجة الأخيرة مجالات مثل : جودة الحديث ، ومستوى العلاقات التفاعلية ، والسلوك ، والحديث المضاد للمجتمع مثل العنف أو سوء استخدام الألفاظ . وتتوفر للمقياس معايير شاملة للمرضى المقيمين لفترات طويلة ، كما أن له ثباتًا مُرضيًا . ويتضمن مقياس قائمة السلوك الاجتماعى[1] (Wykes and Sturt, 1988) بالمثل سلوكيات التحدى والإغراب ، ويتم الإجابة عنه ، من خلال مقابلة مع إخبارى حول سلوك المريض خلال الشهر السابق ، وتوضع التقديرات على أساس شدة وتكرار السلوك .

وقدم فاريل وماريوتو Farrell and Mariotto (1982) بيانات للصدق التلازمى لمقياسين للتقديرات، لدى مجموعة من مرضى الفصام المتمكن المقيمين ، وهم فى مرحلة ماقبل الأزمان[2] . والمقياسان هما «مقياس ملاحظة الممرضين لتقييم المرضى المقيمين »[3] (Nosie; Honigfeld and Klett, 1965) «وبروفيل الذهانيين المقيمين»[4] (Pip; Lorr and Vestre, 1969) . وتم الحصول على التقديرات من ملاحظين مساعدين ومهنيين . ويوفر المقياس الأول قياسات للسلوك على «قائمة ملاحظة على مدى عينة زمنية»[5] (Power, 1974) .

---

(1) The Social Behavior Schedule.
(2) Chronicity.
(3) Neurses' Observation Scale for in-patient Evaluation.
(4) The Psychotic in-Patient Profile.
(5) Time Sample Behavioral Checklist.

وأظهرت الدرجات على مقياس بروفيل الذهانيين المقيمين ، وملاحظة المرضين لتقييم المرضى المقيمين صدقاً تقريريًا وتمييزيًا جيداً عبر المقاييس والمقدرين المختلفين . ولمقاييس التقديرات الخاصة بالتفاعل الاجتماعى والانسحاب ارتباطات قوية بمقاييس الملاحظة ذات المحتوى نفسه ، وكانت الارتباطات بالمؤشرات السلوكية متوسطة لدى المرضى الذهانيين ، ولم تكن العلاقة حاسمة بالنسبة للتهيج [1] ، والعناية بالذات . ويستنتج المؤلفون أنه بينما تعد مقاييس التقديرات طريقة مهمة للتقييم ، إلا أنها قد لاتوفر بيانات تقبل المقارنة الكاملة بالبيانات الناتجة عن التقدير المباشر لسلوك المرضى داخل المستشفى . وكانت مقاييس تكرار ودوام أنماط سلوكية معينة ، من بين أكثر إجراءات القياس أهمية فى المشروع البحثى الرئيسى عن العلاج النفسى للمرضى المزمنين الذى قام به بول ولينتز Paul and lentz (1977). وعلى الرغم من ذلك استخدمت مقاييس التقديرات ومن بينها «مقياس ملاحظة المرضين لتقييم المرضى المقيمين» ومقياس «أدنى أداء للمرضى المقيمين» [2] ، وهو مقياس يستخدم فى جناح المستشفى صمم لتقدير المستوى الأدنى من الأداء والسلوك المُشكل لدى مجموعات المرضى المزمنين . Paul et .al., 1976)

القياس المعرفى

أشار كل من بلويلر Bleuler وكريبلن Kraeplin إلى أن الاضطراب المعرفى وسيط مهم بين الأعراض الفصامية المكشوفة ، وبين ماأعتقد أنه يكمن خلف الآفات العصبية ، وهناك قدر كبير من البحوث النفسية حول موضوع المعرفة لدى الفصاميين ، ولمراجعة هذا الموضوع انظر همسلي Hemsley (1988) . وتؤكد النماذج الموحدة للاضطراب (مثال ذلك Gray et al., 1991a, b; Hemsley et al., 1993) على الدور الجوهرى لأنماط عدم السواء الأدراكية / المعرفية فى نشأة الأعراض الذهانية . وعلى الرغم من ذلك ، فإن المقاييس المستخدمة ذات استخدام إكلينيكى محدود فى الوقت الراهن . وفى مقابل ذلك هناك وعى متزايد بأهمية الآفات المعرفية المتبقية [3] بعد تحقيق المستوى الأمثل من العلاج ، مثال ذلك أن ساركوزو وبراف Saccuzzo and Braff (1981) أوضحا أن التداول البطيء للمعلومات آفة مستقرة نسبيًا لدى الفصاميين من أصحاب المآل الضعيف ، وإن كان أصحاب المآل الجيد لديهم آفات مشابهة ولكنها منحسرة .

ومن المشوق أيضاً ملاحظة أن كلاً من كانسرو وزملائه Cancro et al. (1971) وزاهن وكارنبتر Zahn and Carpenter (1978) ذكروا أن هناك علاقة جوهرية بين زمن الرجع البسيط وبين المآل . ويُذكر ذلك بما أشارت إليه البحوث المبكرة من أن التقديرات النفس حركية [4] ، قد تكون ذات قيمة فى التنبؤ بسلوك العمل التالى للفصاميين .

وقام ميوكسر وزملاؤه Mucsser et al.(1991) فى فترة أحدث باختبار الذاكرة والأعراض المرضية ، بوصفها منبئات لإكتساب المهارة الاجتماعية لدى المرضى المشاركين ، فى برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية . وقد ارتبطت الذاكرة الضعيفة بالضعف فى المهارات الاجتماعية السابقة على العلاج، وبالمعدلات البطيئة لتحسن المهارة لدى من شخصوا ، على أنهم فصاميين وليسوا مرضى اضطراب

(1) Irritability.
(2) The in-Patient Scale of Minimal Functioning.
(3) Residuals.
(4) Psychomotor.

وجدانى . وعلى النقيض من ذلك لم يرتبط مستوى الأعراض المرضية بطريقة متسقة بأى من المقياسين . وقد استخلص الباحثون أن الآفات المعرفية فى الفصام ترتبط بالضعف فى المهارات الاجتماعية ، وقد تؤدى إلى الحد من معدلات إكتساب المهارة والاستجابة الأكلينيكية .

وقد تأكد أيضاً الارتباط بين بقايا الضعف المعرفى ونتائج التأهيل فى دراسة ويكس Wykes وزملاؤها ، وكانت مؤشرات الأداء المشتقة من مهام زمن الرجع الانتخابى ، منبئة بالقدرة على استخدام الخدمات لدى مجموعة من المرضى السيكاتريين المزمنين ، ممن شُخّص أغلبهم على أنهم فصاميون ، وكان المرضى ذوو الصعوبات المعرفية المستمرة أكثر ميلاً للبقاء فى مواقف يتوفر لهم فيها دعم أكبر . وقد أسهمت المؤشرات المعرفية إسهامًا جوهريًا فى التباين الذى فسرته المقاييس المالية التقليدية ، وذلك من خلال سلسلة من تحليلات الانحدار [(١)] (Wykes et al., 1992) . وكان الارتباط بين العجز المعرفى واستخدام الخدمات ملحوظاً للغاية لدى أولئك الذين شخصوا على أنهم فصاميون . وهى مرحلة من التشخيص تعد متغيراً وسيطاً [(٢)] . وبالنسبة للمرضى ممتدى الإقامة فى المستشفى كان توزيع درجاتهم على زمن الرجع فى صوره منحنى ذي قمتين[(٣)] ، ولم يرتبط هذا المقياس بمستوى الأعراض المرضية . وعلى الرغم من ذلك ، كانت مقاييس زمن الرجع فى دراسة تتبعية (Wykes et al., 1990) منبئة باستخدام الخدمات بعد ثلاثة أعوام . وكان أصحاب الإستجابات البطيئة أقل ميلاً للانتقال إلى مستوى للعناية أكثر استقلالية خلال تلك الفترة . ويذكر هؤلاء المؤلفون أن هناك حاجة لاستراتيجيات تأهيلية بديلة لهذه المجموعة .

تقدير الجو العائلى

كما سبق الإشارة من قبل ، فإن قبول نموذج الاستهداف للضغوط بالنسبة للأعراض الفصامية يتضمن إعطاء دور مهم لتقدير العوامل البيئية المتعلقة بالانتكاس ، والتى من بين أكثرها رسوخاً الانتكاس المتصل باتجاهات الأقارب المهمين .

وقد قام براون وزملاؤه Brown et al. (1962) بتقدير مشاعر الانفعال والعداء والهيمنة ، التى يعبر عنها الأقارب المهمون نحو المريض ، وأظهر المرضى من الأسر ذات التعبيرات الانفعالية الشديدة معدلات نكوص متزايدة الشدة . وكان للاتصال القوى ، الذى عُرف أولياً باعتباره قضاء فترة تزيد عن خمس وثلاثين ساعة أسبوعياً مع المريض تأثير غير ملائم بالمثل ، عندما تكون معه تعبيرات انفعالية شديدة . وقد تم تحسين أساليب قياس الانفعالات المعبر عنها ، ثم تلى ذلك إعادة تطبيقها (مثال ذلك : Brown et al., 1972; Vaughn and leff, 1976) ، وقد وجدت الدراسة الأخيرة أن تناول الدواء بشكل منتظم يعمل بوصفه عاملاً إضافيًا للوقاية .

وقد طورت هذه التقديرات أساساً من خلال مقابلة كامبرويل للعائلة (Rutter and Brown, 1966)، وهى مقابلة شبه مقننة . وتصنف دراسة براون وزملاؤه Brown et al. (1972) وتُعرف التقديرات الوجدانية ، والتى تم الحصول عليها من خلال تسجيلات صوتية للمقابلة بواسطة مقدرين ، دربوا لمدة ثلاثة أشهر على الأقل باستخدام محكات جيدة . وتم جمع كل من الملاحظات النقدية والإيجابية ، ووضعت لها تقديرات على محكات النقد ، والعداء ، والدفء ، ومشاعر الارتباط الزائد ، وعدم الرضا ، وحددت

(1) Regression analysis
(2) Moderator Variable.
(3) Bi-model.

الانفعالات الشديدة المعبر عنها ، من خلال تقدير إنفعالات التورط الزائد ، أو بواسطة سبع ملاحظات أو أكثر سواء معبرة عن النقد أو العداء أو معبرة عنهما معاً . وقد مثلت الملاحظات النقدية ٧٧٪ من ملاحظات العائلات التى تعبر عن انفعالات شديدة . وطبق ڤون وليف Vaughn and Leff(1976) صورة مختصرة من مقياس كامبرويل للمقابلة العائلية ، وتبين أن عدد الملاحظات النقدية كان مستقلاً عن طول فترة المقابلة . وعلى الرغم من أن تطبيق وتقدير المقابلة ظل مستهلكاً للوقت - تبلغ الفترة أربعة ساعات فى المتوسط - إلا أنه أسلوب يتسم بالثبات فى تقدير اتجاهات الأقارب وأساليب تعاملهم ، التى يواجهون بها سلوكاً مضطرباً من المريض لافصامى .

وقدم فالون Falloon (1988) مراجعة للوضع الراهن لمفهوم «الانفعالات المعبر عنها» ، وعلى الرغم من الصلة بين الانفعالات المعبر عنها وبين مسار الفصام التى تأكدت ، إلا أن فالون يحذر من أن «الفهم الحالى للطبيعة الدقيقة لوظيفتها التنبؤية محدود » (Falloon, op. cit.: 272) ، كما لاحظ أيضاً الحاجة إلى مزيد من البحث حول العلاقة بين الانفعالات المعبر عنها ، والحاجة إلى استمرار العلاج بالمهدئات العصبية (١) .

تقييم استراتيجيات التعامل

كثيراً مايذكر أن الإصرار السلوكى الذى يظهره المرضى الفصاميون ، يعبر عن محاولات للتوافق مع الاضطراب ، سواء بهدف تخفيف الكرب أو لخفض حالة الخلط . ودائماً مايتجاهل هذا الأمر فى التقييم الأكلينيكى . وقد اقترح أولئك الذين قاموا بدراسة الاضطراب العرفى أن تكون أساليب السلوك، مثل : بطء الإستجابة ، وضيق مجال الانتباه ، والانسحاب الاجتماعى ، وضعف الاستجابة اللفظية (فقر الحديث) معبرة فى بعض الأحيان عن محاولات لخفض آثار عدم السواء المعرفى (Hemsley, 1977) .

ويعرض الفصل السادس عشر دلالات وجهة النظر هذه فى مجال إجراءات التدخل ، التى تقوم على مبادئ التشريط . وهناك دلائل مهمة حالياً على وجود مثل هذه الإستراتيجيات التعامل ، فقد قام فالون وتالبوت Falloon and Talbot (1981) بإجراء مقابلات لأربعين مريضاً فصامياً مزمناً من غير المقيمين فى المستشفى ، من ذوى الهلاوس السمعية المستعصية وفحصا الأساليب المستخدمة فى التعامل مع الظواهر المقتحمة . وتضمنت ميكانيزمات التعامل المعتادة تغيرات فى النشاط ، وفى الاحتكاك بين الأشخاص ، وتعاملاً مع الإثارة الفسيولوجية ، وتحكماً فى الانتباه . وكان المرضى الأقل إعاقة من هلاوسهم المستعصية يستخدمون دائماً أساليب أقل ولكنهم وجدوا إستراتيجيات أثبتت أنها شديدة الفعالية ، وقد أشارت دراسات تالية (مثال ذلك Breier and Strauss, 1983;Tarrier, 1987) بالمثل إلى وجود إستراتيجيات تعامل تلقائية لدى أغلب المرضى . وبالتالى يصبح من المهم تقييم الإستراتيجيات المستخدمة على نحو شائع ومدى كفاءتها ، من منظور توفير إرشاد نظامى ، عندما يتعين استخدام أساليب تعامل معينة أفضل استخدام ، وستكون مثل هذه الأساليب للتدخل موضوعاً للاهتمام فى الفصل التالى .

---

(1) Neuroleptic.

References

Addington, D., Addington, J. and Schissel, B. (1990) 'A depression rating scale for schizophrenics', *Schizophrenia Research* 3: 247–51.

Andreasen, N. C. (1982) 'Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability', *Archives of General Psychiatry* 36: 1325–30.

Andreasen, N. C. (1984) *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*, Iowa: Dept. of Psychiatry, University of Iowa.

Andreasen, N. C. and Olsen, S. (1982) 'Negative v. positive schizophrenia', *Archives of General Psychiatry* 39: 789–94.

Baker, R. D. and Hall, J. N. (1983) *Rehab: a multipurpose assessment instrument for long stay psychiatric patients*, Aberdeen: Vine Publishing.

Bentall, R. P. (1992) 'Reconstructing psychopathology', *Psychologist* 5: 61–5.

Bleuler, E. (1950) *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, New York: International Universities Press, (Originally published 1911.)

Breier, A. and Strauss, J. S. (1983) 'Self control in psychotic disorders', *Archives of General Psychiatry* 40: 1141–5.

Brett-Jones, J., Garety, P. A. and Hemsley, D. R. (1987) 'Measuring delusional experiences: a method and its application', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 257–65.

Brown, G. W., Monck, E. M. and Carstairs, G. M. (1962) 'Influence of family life on the course of schizophrenic illness', *British Journal of Preventive and Social Medicine* 16: 55–68.

Brown, G. W., Birley, J. L. T. and Wing, J. K. (1972) 'Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication', *British Journal of Psychiatry* 121: 241–58.

Cancro, R., Sutton, S., Kerr, J. and Sugerman, A. A. (1971) 'Reaction time and prognosis in acute schizophrenia', *Journal of Nervous and Mental Disease* 153: 351–9.

Chadwick, P. D. J. and Lowe, C. F. (1990) 'The measurement and modification of delusional beliefs', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 225–32.

Chapman, L. J. and Chapman, J. P. (1980) 'Scales for rating psychotic and psychotic-like experiences as continua', *Schizophrenia Bulletin* 6: 476–89.

Chapman, L. J. and Chapman, J. P. (1988) 'The genesis of delusions', in T. F. Oltmanns and B. A. Maher (eds) *Delusional Beliefs*, New York: Wiley, (167–83).

Chapman, L. J., Chapman, J. P. and Raulin, M. L. (1978) 'Body image aberration in schizophrenia', *Journal of Abnormal Psychology* 87: 399–407.

Depue, R. A., Dubicki, M. D. and McCarthy, T. (1975) 'Differential recovery of intellectual, associational and psychophysiological functioning in withdrawn and active schizophrenics', *Journal of Abnormal Psychology* 84: 325–30.

Drake, R. E. and Cotton, P. G. (1986) 'Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia', *British Journal of Psychiatry* 148: 554–9.

Eckblad, M. and Chapman, L. J. (1983) 'Magical ideation as an indicator of schizotypy', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 215–25.

Emerich, D. F. and Sanberg, P. R. (1991) 'Neuroleptic dysphoria', *Biological Psychiatry* 29: 201–3.

Falloon, I. R. H. (1988) 'Expressed Emotion: current status', *Psychological Medicine* 18: 269–74.

Falloon, I. R. H. and Talbot, R. E. (1981) 'Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management', *Psychological Medicine* 11: 329–34.

Farrell, A. D. and Mariotto, M. J. (1982) 'A multimethod validation of two psychiatric rating scales', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 273–80.

Garety, P. A. (1985) 'Delusions: problems in definition and measurement', *British Journal of Medical Psychology* 58: 25–34.

Garety, P. A. and Hemsley, D. R. (1987) 'Characteristics of delusional experience', *European Archives of Psychiatry and Neurological Science* 236: 294–8.

Giris, S. G. (1991) 'Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: Implications for DSM IV', *Schizophrenia Bulletin* 17: 75–98.

Gray, J. A., Feldon, J., Rawlins, J. N. P., Hemsley, D. R. and Smith, A. D. (1991a) 'The neuropsychology of schizophrenia', *Behavioural and Brain Sciences* 14: 1–20.

Gray, J. A., Hemsley, D. R., Gray, N., Feldon, J. and Rawlins, J. N. P. (1991b) 'Schiz Bits: Misses, mysteries and hits', *Behavioural and Brain Sciences* 14: 56–84.

Guelfi, G. P., Faustman, W. O. and Csernansky, J. G. (1989) 'Independence of positive and negative symptoms in a population of schizophrenic patients', *Journal of Nervous and Mental Disease* 177: 285–90.

Hall, J. N. (1977) 'The content of ward rating scales for long stay patients', *British Journal of Psychiatry* 130: 287–93.

Hall, J. N. (1980) 'Ward rating scales for long stay patients: a review', *Psychological Medicine* 10: 277–88.

Hall, J. (1989) 'Chronic psychiatric handicaps', in K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk and D. M. Clark (eds) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, Oxford: Oxford University Press (315–38).

Hemsley, D. R. (1976) 'Problems in the interpretation of cognitive abnormalities in schizophrenia', *British Journal of Psychiatry* 129: 332–5.

Hemsley, D. R. (1977) 'What have cognitive deficits to do with schizophrenic symptoms?', *British Journal of Psychiatry* 130: 167–73.

Hemsley, D. R. (1988) 'Psychological models of schizophrenia', in E. Miller and P. Cooper (eds) *Adult Abnormal Psychology*, London: Churchill Livingstone (101–27).

Hemsley, D. R. (1990) 'What have cognitive deficits to do with schizophrenia?' in G. Huber (ed.) *Idiopathische Psychosen*, Stuttgart: Schattauer (111–25).

Hemsley, D. R., Rawlins, J. N. P., Feldon, J., Jones, S. H. and Gray, J. A. (1993) 'The Neuropsychology of schizophrenia: Act 3', *Behavioural and Brain Sciences* 16(1): 209–15.

Herz, M., Szymanski, H. and Simon, J. (1982) 'Intermittent medication for stable schizophrenic out-patients: an alternative to maintenance medication', *American Journal of Psychiatry* 139: 918–22.

Honigfeld, G. and Klett, C. J. (1965) 'The nurse's observation scale for in-patient evaluation', *Journal of Clinical Psychology* 21: 65–71.

Hustig, H. H. and Hafner, R. J. (1990) 'Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusions and mood', *Journal of Nervous and Mental Disease* 178: 264–7.

Kraepelin, E. (1896) *Psychiatrie: Ein Lehrbuch fur Studierende und Aertze (5th edn)*, Leipzig: Barth.

Krawiecka, M., Goldberg, D. and Vaughan. M. (1977) 'A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychometric patients', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 55: 299–308.

Landmark, J. (1982) 'A manual for the assessment of schizophrenia', *Acta Psychiatrica Scandinavica*, supplement 298, vol. 65.

Liddle, P. F. (1987) 'The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive-negative dichotomy', *British Journal of Psychiatry* 151: 145–51.

Lorr, M. and Vestre, N. D. (1969) 'The psychotic in-patient profile: a nurse' observation scale', *Journal of Clinical Psychology 25: 137–40.*

Margo, A., Hemsley, D. R. and Slade, P. D. (1981) 'The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations', *British Journal of Psychiatry* 139: 122–7.

Miles, C. P. (1977) 'Conditions predisposing to suicide', *Journal of Nervous and Mental Disease* 164: 231–46.

Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, M. S. and Wade, J. H. (1991) 'Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology', *Psychiatry Research* 37: 281–96.

Neale, J. M. and Oltmanns, T. F. (1980) *Schizophrenia*, New York: Wiley.
Overall, J. E. and Gorham, D. R. (1962) 'The Brief Psychometric Rating Scale', *Psychological Reports* 10: 799–812.
Paul, G. L. and Lentz, R. J. (1977) *Psychosocial Treatments of Chronic Mental Patients: Milieu Versus Social Learning Programs*, Cambridge, Mass.: Harvard University.
Paul, G. L., Redfield, J. P. and Lentz, R. J. (1976) 'The inpatient scale of minimal functioning: a revision of the social breakdown syndrome gradient index', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44: 1021–2.
Power, C. T. (1974) 'The time sample behavioural checklist: observational assessment of patient functioning', *Journal of Behavioural Assessment* 1: 199–210.
Rattenburg, F. R., Harrow, M., Stoll, F. J. and Kettering, R. L. (1984) *'The Personal Ideation Inventory: on dimensions of delusional thinking*, New York: Microfiche Publictions.
Rosen, A. J., Turett, S. E., Davuner, J. H., Johnson, P. B., Lyons, J. S. and Davis, J. M. (1980) 'Pharmacotherapy of schizophrenia and affective disorders: behavioural correlates of diagnostic and demographic variables', *Journal of Abnormal Psychology* 89: 378–89.
Roy, A. (1982) 'Suicide in chronic schizophrenia', *British Journal of Psychiatry* 141: 171–7.
Rutter, M. and Brown, G. W. (1966) 'The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient', *Social Psychiatry* 1: 38–53.
Saccuzzo, D. P. and Braff, D. L. (1981) 'Early information processing deficit in schizophrenia', *Archives of General Psychiatry* 38: 175–179.
Shapiro, M. B. (1961) 'A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient', *British Journal of Medical Psychology* 34: 151–5.
Slade, P. D. (1972) 'The effects of systematic desensitization on auditory hallucinations', *Behaviour Research and Therapy* 10: 85–91.
Spitzer, R. L. and Endicott, J. (1978) *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime version (SADS-L)*, New York: New York State Psychiatric Institute.
Spitzer, R. L. and Fleiss, J. L. (1974) 'A re-analysis of the reliability of psychotic diagnosis', *British Journal of Psychiatry* 125: 341–7.
Strauss, J. and Carpenter, W. (1972) 'The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome', *Archives of General Psychiatry* 27: 739–46.
Subotnik, K. L. and Nuechterlein, K. H. (1988) 'Prodromal signs and symptons of schizophrenic relapse', *Journal of Abnormal Psychology* 97: 405–12.
Tarrier, N. (1987) 'An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 141–3.

Vaughn, C. E. and Leff, J. P. (1976) 'The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients', *British Journal of Psychiatry* 129: 125–37.
Westermeyer, J. F., Harrow, M. and Marengo, J. T. (1991) 'Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders', *Journal of Nervous and Mental Disease* 179: 259–66.
Wing, J. K., Cooper, J. E. and Sartorious, N. (1974) *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*, Cambridge: Cambridge University Press.
Wykes, T. and Sturt, E. (1986) 'The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS', *British Journal of Psychiatry* 148: 1–11.
Wykes, T., Sturt, E. and Katz, R. (1990) 'The prediction of rehabilitative success after three years', *British Journal of Psychiatry* 157: 865–70.
Wykes, T., Katz, R., Sturt, E. and Hemsley, D. R. (1992) 'Abnormalities of response processing in a chronic psychiatric group: a possible predictor of failure on rehabilitation programmes', *British Journal of Psychiatry* 160: 244–52.

Zahn, T. P. and Carpenter, W. T. (1978) 'Effects of short term outcome and clinical improvement on reaction time in acute schizophrenia', *Journal of Psychiatric Research* 14: 59–68.

Zubin, J. and Spring, B. (1977) 'Vulnerability – a new view of schizophrenia', *Journal of Abnormal Psychology* 86: 103–26.